

<b>1. Persönliche Angaben</b>	Vor- und Zuname		Titel		
	Geburtsname		Geburtsdatum		
	Geburtsort				
	Straße				
	PLZ / Ort				
	Derzeitiger Aufenthaltsort / Straße				
	PLZ / Ort				
	Familienstand		Staatsangehörigkeit		Vermittelt durch:
Konfession		Sprache		Anmeldungen in anderen Heimen Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
<b>2. Angehörige</b> (zuständige Person bitte an erster Position)	a) Vor- und Zuname			Verwandschaftsgrad	
	Straße			ggf. Fax, Handy	
	PLZ / Ort				
	b) Vor- und Zuname			Verwandschaftsgrad	
	Straße			ggf. Fax, Handy	
	PLZ / Ort				
	c) Vor- und Zuname			Verwandschaftsgrad	
	Straße			ggf. Fax, Handy	
	PLZ / Ort				
<b>3. Betreuer</b> (gesetzlicher oder notariell beglaubigter Betreuer)	Vor- und Zuname				
	Straße			ggf. Fax, Handy	
	PLZ / Ort				
	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>		ggf. weiterleiten an:		
	Wirkungskreis der Betreuung				
				Beschluss gültig bis:	
<b>4. Hausarzt</b>	Vor- und Zuname			Fachgebiet	
	Straße			ggf. Fax, Handy	
	PLZ / Ort				
<b>5. Krankenkasse</b>	Name				
	Straße			Rezeptgebührenbefreit Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
	PLZ / Ort			gültig von - bis:	
	Mitgliedsnummer:		Sachbearbeiter/In		

Bitte Rückseite beachten.

**Fragebogen zur Heimaufnahme (Rückseite)**

<b>6. Pflegekasse</b>	Name		
	Straße	Pflegestufe <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> beantragt <input type="checkbox"/>	
	PLZ / Ort	gültig von - bis:	
	Mitgliedsnummer:	Sachbearbeiter/In <input type="checkbox"/>	
<b>7. Kostenträger</b> (nur bei vollstationärer Aufnahme)	Das monatliche Einkommen (z.B. Miete+Renten) übersteigt 900,- Euro (Mittel der durchschnittlichen Pflegekosten von Stufe I und III; siehe Preisliste)		Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
	liegt das Vermögen über 2.600,- Euro / bei Ehepaare über 3214,- Euro (Vermögensfreigrenze für Sozialhilfeempfänger)		Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
	Beihilfeberechtigt Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Selbstzahler Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Sozialhilfeantrag gestellt Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
	Rechnungsempfänger		
	Straße		
	PLZ / Ort		
	Name des Sozialamtes		Aktennummer:
	Straße		Sachbearbeiter/in
PLZ / Ort		<input type="checkbox"/>	
<b>8. Bankverbindung</b>	Kontoinhaber		Kontonummer
	Straße		BLZ
<b>9. Aufnahme / Unterkunft</b>	Voraussichtliches Einzugsdatum / Bei KZP von - bis:		Wünschen Sie <input type="checkbox"/> im Zimmer? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
	Einzelzimmer	Doppelzimmer	Dreibettzimmer
<b>10. Bestattungsvorsorge</b>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Name	
	Straße, PLZ / Ort, <input type="checkbox"/>		
<b>11. Ausweise</b>	Personalausweis-Nr.:		gültig bis:
	Reisepass-Nr.:		gültig bis:
	Behindertenausweis-Nr.:	Grad der Behinderung in %	gültig bis:
<b>12. Sonstiges / Bemerkung</b>	Rollstuhl, Gehwagen usw. vorhanden: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> beantragt <input type="checkbox"/>		Von der Krankenkasse: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Ort	Datum	Unterschrift des Aufzunehmenden	
Ort	Datum	Unterschrift des Betreuers oder/und Antragstellers	